

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 22

NÉVRALGIES OVARIENNES

PAR

KYSTES LUTÉINIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis BARBIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Octobre 1907 à PARIS (Seine)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

NÉVRALGIES OVARIENNES PAR KYSTES LUTÉINIQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 22

NÉVRALGIES OVARIENNES

PAR

KYSTES LUTÉINIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis BARBIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Octobre 1907 à PARIS (Seine)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, VALLAS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
	PAVIOU
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILIARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	TATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	X.
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN MM. TIXIER, président ; LAROYENNE, asesseur ;
GABRIELLE et ROCHET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

Nous le prions d'agréer nos respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE
Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'être notre juge. Nous le prions d'accepter l'expression de notre respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN
Chirurgien des Hôpitaux

Nous lui devons le sujet de ce travail. Il nous a toujours réservé l'accueil le plus bienveillant. Qu'il veuille bien nous permettre de lui offrir l'hommage de notre sincère reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR F. CONDAMIN

Nous sommes heureux de lui dire ici notre bien vive gratitude pour le précieux enseignement que nous avons reçu de lui, et pour l'intérêt qu'il nous a témoigné.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES
DE PARIS ET DE LYON

Introduction

On a longtemps considéré les kystes du corps jaune comme habituellement sinon toujours associés à d'autres affections du système génital de la femme.

M. le Docteur Molin, grâce à de nombreux cas examinés dans son service de la Charité, a pu récemment mettre en lumière leur individualité morbide.

Il nous autorise aujourd'hui à en publier quelques observations qui serviront de base à cette étude. Nous avons cru bon de rappeler succinctement dans un premier chapitre quelques notions d'anatomie et de physiologie du corps jaune et d'étudier ensuite, avant d'aborder le fonds de ce travail, l'origine et la structure de leurs formations kystiques.

CHAPITRE PREMIER

Le corps jaune

1° CONSTITUTION.

Le corps jaune se présente chez la femme, à la surface des ovaires, sous l'aspect de masses parenchymateuses plus ou moins nodulaires, de coloration ocreuse, d'un diamètre de 17 à 20 mm.

Il est formé d'un caillot central et d'une double enveloppe : l'externe constituée par plusieurs assises conjonctives, l'interne conjonctive vasculaire envoyant jusqu'au centre des prolongements très ténus qui entourent les cellules de la substance propre d'un réseau capillaire complet (glande vasculaire sanguine).

Ces cellules sont polyédriques, grosses, à contours nets, à noyaux volumineux. Leur protoplasma granuleux renferme de la lutéine (qui donne sa coloration au corps jaune) et de la cholestérine en quantité notable.

Son origine remonte au follicule de de Graaf qui à maturité se rompt et laisse échapper l'ovule ; il se

produit une légère hémorragie, les parois du follicule se plissent, se rétractent, et, après d'importantes modifications histochimiques, se constitue le corps jaune.

2° PHYSIOLOGIE.

La physiologie du corps jaune, très complexe, a fait l'objet de nombreuses recherches. Pour apporter un peu de clarté dans cette étude, nous envisagerons d'abord le cycle sexuel des mammifères, nous verrons ensuite jusqu'à quel point ces données s'appliquent à la femme.

L'appareil génital de la femelle de tous les mammifères présente à intervalles périodiques, de la puberté à la ménopause, des modifications structurales que HEAPE a désigné sous le nom de cycle sexuel ou oestrien. Ces cycles ne sont interrompus normalement que par la gravidité, leur durée et leur fréquence varient avec les espèces.

Laissant de côté ceux dont l'ovulation est conditionnée par le coït (chatte, lapine), nous étudierons le cas plus fréquent des mammifères à ovulation spontanée qui seuls présentent un parallélisme avec l'évolution folliculaire de la femme. Distinguons deux phases :

La phase folliculaire où un nombre variable de follicules grossissent, éclatent et laissent échapper l'ovule, et la phase lutéinique pendant laquelle le corps jaune se constitue au lieu et place du follicule éclaté. Arrivé à maturité, il évolue d'une manière différente, suivant que l'ovulation a été suivie ou non de fécondation.

Le corps jaune menstruel est d'une existence limitée,

il régresse dès sa maturité, les cellules lutéiniques subissent la dégénérescence graisseuse, tandis que les cellules conjonctives prolifèrent. On donne à ce noyau scléreux, blanchâtre, le nom de *corpus albicans*.

Le corps jaune gravidique ne disparaît que dans les premières semaines de la grossesse, où il subit l'évolution précédente.

Quelle est l'origine de ces phénomènes ?

D'après les idées les plus récentes (Cotte), on soupçonne l'existence de deux hormones : la folliculine, sécrétée par l'appareil folliculaire et la lutine, hormone du corps jaune. Leur fonction est différente.

La folliculine joue un triple rôle : elle amène la follicule à maturité, conditionne le rut (qui correspond à la menstruation chez la femme), provoque des modifications cellulaires dans l'utérus les trompes et le vagin.

La lutine assure l'ovulation et la régularité des cycles menstruels, empêche la maturation des autres follicules, prépare la muqueuse utérine à la nidation et l'évolution gravidique de la glande mammaire, protège l'œuf dans les premiers temps de la grossesse (l'ablation du corps jaune à ce moment entraîne l'avortement).

S'il n'y a pas eu fécondation, le corps jaune régresse, la muqueuse utérine dégénère et un nouveau cycle se constitue. S'il y a eu fécondation, le corps jaune persiste jusqu'au moment où l'utérus assure le développement du germe fœtal.

Quelle est l'histophysiologie du corps jaune de la femme ?

Les données sont moins précises, l'expérimentation n'est pas possible et toutes les observations découlent d'interventions faites sur des cas pathologiques.

Le corps jaune a-t-il une action sur la menstruation ? Pour FRAENKEL, le corps jaune règle la menstruation. D'autres auteurs, sur la foi des considérations précédentes, assurent qu'il ne peut en être ainsi, la menstruation étant l'homologue du rut, lui-même déclenché par la folliculine. POLICARD, reprenant la vieille opinion de POUCHET, estime que le phénomène est conditionné par un réflexe dont le point de départ serait le follicule.

La nidation de l'œuf ? — Les auteurs s'accordent pour placer sous la dépendance directe du corps jaune la nidation de l'œuf et sa protection durant les premières semaines.

Les organes de la génération ? — Le corps jaune préside aux modifications de l'organisme maternel au début de la grossesse.

3° PHYSIOPATHOLOGIE.

Nous nous bornons à rapporter un seul fait, mais d'importance capitale :

Chez la vache, le kyste du corps jaune trouble l'ovulation : son ablation ou sa rupture sont suivies, en 24 ou 48 heures, du rut.

La femme est sujette très vraisemblablement à des accidents analogues, certaines causes pathologiques étant susceptibles, en dehors de la grossesse, de prolonger la durée du corps jaune.

CHAPITRE II

Kystes du corps jaune

1° HISTORIQUE.

Ainsi qu'en fait foi la littérature, les anciens gynécologues mentionnent depuis longtemps les kystes du corps jaune.

Jusqu'à ces dernières années, leur importance pathologique semblait échapper à la plupart des auteurs. Ils insistaient surtout sur la fréquence de leurs rapports avec la môle hydatiforme, le chorio-épithéliome, la grossesse tubaire (85 %).

Les récents travaux de KELLER ont jeté un jour nouveau sur cette question. KELLER démontre, dans une statistique portant sur de nombreux cas, que les kystes du corps jaune ne coexistent pas plus fréquemment (10 %) avec la grossesse tubaire, la môle hydatiforme, le chorio-épithéliome que les autres altérations pathologiques des organes génitaux.

Nous publions 22 observations dans lesquelles le corps jaune évolue en dehors de toutes ces différentes

affections, en ayant laissé de côté 9 où le kyste semblait être une lésion accessoire, sans identité pathologique.

Rappelons brièvement les principaux auteurs qui étudièrent en dernier les manifestations cliniques des kystes du corps jaune :

NOVAK et TELINDE estiment que les kystes anciens provoquent des troubles menstruels. COTTE, le 15 mai 1930, à la Société de Chirurgie de Lyon, communique trois observations où des malformations du corps jaune furent suivies d'aménorrhée, insistant toutefois sur le peu de fréquence de cette association.

Quatre jours avant (11 mai 1930) notre Maître, M. le Docteur MOLIN rapporte dans le *Lyon Médical* l'histoire d'un certain nombre de malades ayant présenté un syndrome douloureux, attribuable à des kystes du corps jaune, qui avaient déterminé une perturbation des règles, parfois même leur disparition complète (observations XXI, XXII).

2° PATHOGÉNIE.

Les essais de pathogénie tentés par de nombreux auteurs ne permettent pas encore d'élucider l'origine de ces formations kystiques.

Des hypothèses furent émises, qui attendent souvent leur justification : l'inflammation, secondaire, métastatique, d'origine appendiculaire ou grippale : en réalité, dans bien des cas elle manque dans les antécédents — la gonococcie, fréquente, semble ne tenir qu'un rôle secondaire — la tuberculose génitale — la dyspareunie — le développement défectueux des

espaces lymphatiques — les troubles endocriniens, en particulier ceux du lobe antérieur de l'hypophyse (Robert MEYER); furent successivement invoqués.

VOGT insiste sur la notion de terrain : un accident quelconque, infectieux ou endocrinien, favorisant seulement la formation d'un kyste du corps jaune.

Dans nos observations, les accidents chroniques sont souvent précédés d'une fausse couche ou d'un accouchement difficile (13 cas sur 19). Peut-être pouvons-nous établir un rapport entre le passé obstétrical de la malade et l'apparition du kyste ?

Dans l'observation I, six mois avant l'apparition des troubles, la malade présenta une grippe menstruelle. Cette infection perturba-t-elle l'évolution du corps jaune ?

Les accidents aigus surviennent chez des femmes souffrant d'ovarite scléro-kystique torpide. Jusqu'à quel point la formation du kyste dépendrait-elle de cette dystrophie ovarienne ?

3° ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'anatomie pathologique des kystes du corps jaune est connue depuis longtemps. Evoquons les travaux de BRANDS, FRAENKEL, DANIELS, FORGUE et MASSABEAU, ROKITANSKY. Les anciennes classifications sont dénuées d'intérêt : les différents types de kystes étant simplement des stades successifs de leur évolution.

Pour la commodité de l'exposé, nous distinguons les kystes récents des kystes anciens :

Le kyste, d'un diamètre moyen de 2 cm., dans l'ovaire, est une cavité remplie d'un liquide séreux.

Sa paroi est formée de tissu lutéinique constitué par de grandes cellules épithélioïdes serrées les unes contre les autres, séparées par une faible couche de conjonctif renfermant de nombreux capillaires.

Les kystes récents à couche lutéinique bien conservée et au contact du contenu du kyste, ou séparée de lui par une mince couche de tissu fibreux.

Les kystes anciens sont caractérisés par la dégénérescence des cellules lutéiniques et l'abondance de la couche fibreuse.

Dans les observations I, II, X, XI, XVII et XX, nous trouvons à l'origine des accidents une formation pathologique à laquelle M. le Docteur MOLIN donne le nom de corps jaune hypertrophique. Ce corps jaune hypertrophique est constitué par de nombreuses cellules lutéiniques anormales par leur volume.

Toutefois, au cours de cette étude, nous ne séparerons pas sa symptomatologie de celle des kystes du corps jaune.

CHAPITRE III

Névralgies ovariennes par kystes du corps jaune

A. — ETUDE CLINIQUE.

L'aspect clinique des kystes du corps jaune étant polymorphe, nous diviserons schématiquement son étude en envisageant d'abord les formes subaiguës d'allure chronique, ensuite les formes aiguës, enfin les formes frustes.

Les formes subaiguës d'allure chronique

Une femme jeune vient consulter pour une affection dont le début remonte à plusieurs mois. Jusqu'alors elle était réglée normalement, quelquefois un peu douloureusement depuis la puberté.

Souvent dans les antécédents on note une fausse couche ou un accouchement plus ou moins aseptique.

La douleur est l'élément primordial du syndrome. Elle motive la consultation de la malade, qui ne s'adresse au chirurgien que lorsque toutes les cures proposées jusqu'alors ont échoué.

La douleur, de siège ovariën, est vive, unilatérale, tenace, continue, ne régresse jamais complètement,

présente des irradiations le plus souvent dans la région lombaire, s'exaspère par crises. (Ces paroxysmes ne contractent pas de rapports précis avec les différentes phases de la vie génitale.)

Les règles sont parfois troublées, un peu irrégulières, fréquemment plus abondantes.

L'examen général est souvent négatif. Seul le toucher, pratiqué avec délicatesse, met en évidence au niveau de l'ovaire atteint une douleur intense, exquise.

En somme, on se trouve en présence d'un syndrome douloureux monovarique tenace et invariable pendant des mois entiers.

Les différentes observations que nous publions sont presque identiques.

OBSERVATION I

Syndrome douloureux d'ovaire gauche. Corps jaune hypertrophique. Résection du corps jaune. Ponction d'ovarite scléro-kystique. Résection du nerf présacré. Bons résultats immédiats.

Mme D... N..., 26 ans, entre pour douleurs pelviennes gauches persistantes. Régliée à 12 ans, un peu irrégulièrement. Un accouchement il y a quatre ans, avec déchirure du périnée. Depuis dix mois, se plaint de douleurs pelviennes gauches, avec irradiations lombaires ; les règles devinrent plus douloureuses. Il y a six mois, la malade eut une légère grippe, quelques jours avant ses règles, qui devinrent plus abondantes et plus irrégulières, avec de fortes douleurs, toujours à gauche.

Au toucher, gros ovaire gauche très douloureux.

INTERVENTION le 10 février 1930. Pfannenstiel. Ovarite scléro-kystique bilatérale ; l'ovaire gauche est beaucoup plus volumineux, ayant à son pôle inférieur un corps jaune hypertrophique ; utérus légèrement métritique. Pas de lésions au Douglas. On pratique une résection du corps jaune et une ponction des formations kystiques de chaque ovaire. Résection du nerf présacré.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. Fragment constitué par une épaisseur de plusieurs millimètres de cellules lutéiniques à disposition endocrinienne. Aspect d'un corps jaune classique, étalé, qui ne diffère, au point de vue histologique, du corps jaune ordinaire que par son volume énorme.

Suites simples. Suppression complète des douleurs.

OBSERVATION II

Syndrome douloureux de l'ovaire gauche. Ovarite scléro-kystique bilatérale avec kyste lutéinique gauche. Résection partielle de chaque ovaire. Appendicectomie. Disparition des douleurs.

Mme J... R..., 26 ans, entre dans le service pour douleurs iliaques gauches. Les règles ne s'établirent qu'à 19 ans, et qu'après une petite intervention, dit la malade, au cours de laquelle s'écoula une grande quantité de sang (hématocolpos ?). A eu un enfant il y a trois ans, et une fausse couche pour laquelle un curettage fut pratiqué. Les règles furent toujours pré-

cedées de douleurs assez vives, pendant trois ou quatre jours. Elles furent très abondantes il y a quelques mois et s'accompagnèrent de douleurs plus accentuées à gauche. Elles sont actuellement à peine marquées, mais des pertes blanches abondantes sont survenues.

A l'entrée, le 7 octobre 1929, le toucher révèle l'existence d'une masse annexielle kystique gauche, située au-dessus d'un utérus un peu gros, et siège de vives douleurs.

INTERVENTION le 15 octobre 1929. Pfannenstiel. Le pelvis renferme un peu de liquide séreux ; l'utérus est un peu gros ; il existe une ovarite scléro-kystique bilatérale, avec un kyste lutéinique de l'ovaire gauche, origine probable des douleurs. Les trompes sont saines. On pratique une résection partielle de chaque ovaire, et l'ablation d'un appendice coudé, en partie rétro-cæcal.

Suites opératoires simples ; les douleurs ont complètement disparu.

Le 9 avril 1930. Très bons résultats. Suppression complète des douleurs. Règles un peu insuffisantes. Quelques bouffées de chaleur.

OBSERVATION III

Syndrome douloureux par kyste lutéinique de l'ovaire droit. Résection conservatrice. Résection du nerf présacré. Appendicectomie. Ligamentopexie. Bons résultats.

Mlle J... J..., 18 ans, a été réglée à 13 ans, irrégulièrement. A eu des périodes d'aménorrhée transitoire, suivies de métrorragies. Depuis quatre ans, souffre

constamment du ventre à droite ; ces douleurs sont devenues beaucoup plus vives depuis plusieurs mois. En plus, amaigrissement de 2 kilos.

A l'examen, utérus en rétroversion ; annexes non perçues, mais très sensibles à droite.

Le 1^{er} avril 1930, INTERVENTION. Rachi. Pfannenstiel. L'ovaire droit, du volume d'un œuf de poule, renferme un kyste à contenu hématique ; ce kyste occupe une position centrale dans l'ovaire, que l'on incise pour enlever le kyste. L'ovaire gauche est un peu scléreux ; utérus petit, rétroposé ; les trompes sont saines.

On pratique en outre la résection du nerf présacré, l'ablation d'un appendice-rétro-cæcal, adhérent, mais sans lésions, et une ligamentopexie Doleris-Pellanda.

Malgré les diverses interventions pratiquées, il semble certain que l'ovaire droit, seul, pouvait être à l'origine des douleurs.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : Paroi de kyste lutéinique typique.

Suites opératoires simples. Suppression complète des douleurs.

OBSERVATION IV

Ovarite kystique douloureuse gauche. Résection (par voie vaginale) d'un kyste du corps jaune. Bons résultats.

Mme C... S..., 33 ans, entre dans le service pour douleurs pelviennes gauches. Réglée à 14 ans, régulièrement, jusqu'à un accouchement il y a huit ans ;

les règles sont devenues, depuis, irrégulières et abondantes, en même temps qu'apparurent des douleurs, augmentées au moment des règles, siégeant à gauche, et devenues de plus en plus intenses. Depuis un mois, ces douleurs sont continues et insupportables, au dire de la malade. Un traitement de columnisation a déterminé une amélioration très nette des douleurs lombaires, mais les douleurs ovariennes gauches persistent, bien individualisées. Le toucher révèle un ovaire gauche volumineux et très sensible.

INTERVENTION le 8 mai 1929, par voie vaginale : colpotomie large. L'ovaire gauche est polykystique et renferme un kyste du corps jaune très net. Résection partielle. L'ovaire droit est sain. Mèche.

Suites simples.

Le 26 juin 1929 : Les douleurs gauches ont presque complètement disparu. Au toucher, il persiste une masse ovarienne gauche kystique.

Le 14 avril 1930 : Va bien. Suppression des douleurs gauches. Persistance de quelques douleurs lombaires. Dysménorrhée qui s'atténue progressivement. Rien de spécial au toucher.

OBSERVATION V

Néuralgie ovarienne gauche. Résection partielle de l'ovaire (par voie vaginale), atteint d'un corps jaune hypertrophique. Thyroïdectomie subtotale pour maladie de Basedow.

Mme G... D..., 34 ans, a eu une coxalgie à l'âge de six ans. Réglée normalement à 15 ans, a eu deux en-

fants et deux fausses-couches. Elle vient pour des douleurs pelviennes gauches, avec irradiations lombaires, apparues il y a huit mois, et augmentant progressivement d'intensité depuis. Les règles diminuent d'abondance et coïncident avec une recrudescence des douleurs. Le toucher, difficile, réveille une douleur très vive, sur l'ovaire gauche un peu gros.

INTERVENTION le 22 mai 1929, par voie vaginale : colpotomie qui donne issue à un peu de sérosité. Résection partielle de l'ovaire gauche, légèrement kystique et qui est le siège d'un volumineux corps jaune. Mèche.

Suites simples.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : Paroi de corps jaune sans dégénérescence.

En juillet 1929 : Traitement chirurgical (thyroïdectomie subtotale) d'une maladie de Basedow. Bon état pelvien.

OBSERVATION VI

Syndrome douloureux unilatéral droit, sans signes cliniques. Ovaire monokystique douloureux. Résection. Bons résultats.

Mme G..., 31 ans, réglée à 13 ans ; règles un peu douloureuses mais régulières ; souffre depuis 8 ans de douleurs violentes dans le petit bassin, avec irradiations lombaires, évoluant par crises. En outre elle présente d'abondantes pertes blanches, tachant le linge, et de la cystite. De plus ses règles sont très irrégulières. Le toucher est impossible.

Le 26 octobre 1928, INTERVENTION. Pfannenstiel. Ovaire droit occupé aux trois quarts par une cavité hémorragique. Résection de cette formation kystique et ablation à droite d'un kyste para-ovarien.

Suites simples. Suppression des douleurs.

OBSERVATION VII

Syndrome douloureux par kyste lutéinique de l'ovaire gauche. Extirpation par voie vaginale. Bons résultats.

Mme C... M..., 27 ans, a été réglée à 11 ans ; règles normales quoique un peu douloureuses. Souffre depuis quelques mois de douleurs au bas-ventre, à irradiations ascendantes, douleurs sans horaire fixe.

A l'examen on se trouve en présence d'un col métritique, le cul-de-sac gauche est douloureux.

Le 14 mai 1929 : INTERVENTION par voie vaginale. Ovaire kystique, présentant à l'ouverture un kyste lutéinique qui est extirpé.

Disparition des douleurs.

OBSERVATION VIII

Syndrome douloureux pelvien gauche. Résection ovarienne par voie vaginale. Section des utéro-sacrés.

Mme G..., 29 ans, consulte pour douleurs abdominales et lombaires et pertes blanches. Deux enfants.

Réglée à 13 ans normalement, souffre de douleurs

accompagnées de pertes blanches, depuis son dernier accouchement, remontant à 9 ans. Elle présente des crises paroxystiques accompagnées alors de pertes très épaisses. Gros amaigrissement (14 kilos en 9 ans).

Au toucher, gros col, utérus normal, cul-de-sac gauche empâté et douloureux, l'annexe semble très mobile.

L'INTERVENTION pratiquée le 1^{er} mai 1930 donne de bons résultats, seules persistent les douleurs lombaires.

Les règles ne sont plus douloureuses, l'état général très amélioré.

OBSERVATION IX

Syndrome douloureux ovarien droit. Résection partielle de l'ovaire droit. Ligamentopexie. Appendicectomie. Bons résultats.

Mme C..., 33 ans, réglée à 18 ans et irrégulièrement, trois enfants dont deux morts et quatre fausses couches. Depuis sa première fausse couche, remontant à 15 ans, elle souffre de crises douloureuses aiguës des deux côtés du bas-ventre, elle présente en outre des pertes blanches assez abondantes, et une irritabilité appendiculaire.

Au toucher, les culs-de-sac sont souples, à droite, grosse masse annexielle douloureuse.

L'INTERVENTION faite le 30 décembre 1930 a donné les meilleurs résultats.

OBSERVATION X

Néuralgies ovariennes par kystes lutéiniques bilatéraux. Petite hématocele par énucléation du corps jaune. Résection partielle de chaque ovaire. Appendicectomie. Bons résultats.

Mme B..., 33 ans, réglée à 13 ans, normalement, deux enfants bien portants.

Depuis sa dernière couche, qui remonte à 4 ans, et qui fut compliquée d'infection puerpérale, la malade présente des règles irrégulières et douloureuses.

Il y a six mois, elle eut une crise douloureuse ; le diagnostic de salpingite fut posé, et un traitement médical ordonné (injections).

Cet état persistant, elle entre dans le service.

A ce moment elle souffre de douleurs lombaires interdisant la marche, douleurs d'ailleurs continues dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen : la fosse iliaque gauche est douloureuse ; l'utérus en bonne position ; à gauche, l'ovaire gros et douloureux.

3 août 1929 : INTERVENTION. Pfannenstiel bas. Sang libre dans le Douglas (un verre à bordeaux) provenant de l'énucléation du corps jaune de l'ovaire droit légèrement kystique. Ovaire gauche très polykystique.

Résection d'une partie de l'ovaire droit et des deux tiers de l'ovaire gauche. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Histologiquement : corps jaune hypertrophique.

Suites simples. Disparition des douleurs.

OBSERVATION XI

*Syndrome douloureux pelvien, plus accentué à gauche.
Résection partielle de l'ovaire gauche. Ligamentopexie. Disparition des douleurs.*

Mme G..., 28 ans, réglée à douze ans, régulièrement.
Un enfant vivant.

Depuis un an elle présente des douleurs lombaires, des pertes très épaisses, ses règles se sont modifiées en durée et en quantité, elle maigrit.

Au toucher, le col est mou, déchiqueté, suintant, l'utérus est abaissé, le cul-de-sac gauche empâté.

Depuis l'intervention pratiquée le 30 avril 1930 les douleurs ont disparu.

Il s'agissait histologiquement d'un corps jaune hypertrophique.

OBSERVATION XII

Crise douloureuse pelvienne gauche. Ovarite sclérokystique gauche. Kyste lutéinique. Résection partielle ovaire gauche.

Mme M..., 36 ans, réglée à 12 ans, régulièrement, présente depuis un accouchement difficile, remontant à 9 ans, des douleurs dans la fosse iliaque gauche, accompagnées de pertes abondantes. Les règles ne sont pas modifiées.

Il y a un mois, crise douloureuse très aiguë paroxystique. Les douleurs s'irradient dans la région gauche de l'abdomen et vers la jambe.

Le toucher montre un col normal, un utérus un peu gros et un point douloureux au niveau de l'ovaire gauche.

L'INTERVENTION, pratiquée le 28 mai 1930, donne les meilleurs résultats.

OBSERVATION XIII

Syndrome douloureux droit. Kyste lutéinique droit. Ligamentopexie. Ablation du kyste.

Mme L..., 33 ans, réglée à 15 ans normalement, a eu trois enfants. Depuis une fausse couche, remontant à trois ans, ses règles sont irrégulières et accompagnées de douleurs.

L'utérus est en rétroversion complète, l'annexe droite est prolabée et douloureuse.

Bons résultats opératoires.

OBSERVATION XIV

Syndrome douloureux ovarien gauche. Kyste lutéinique de l'ovaire gauche. Castration gauche. Disparition des douleurs.

Mme B..., 35 ans, entre à Sainte-Madeleine pour syndrome douloureux iliaque gauche, remontant à plusieurs années.

Réglée à 12 ans, toujours un peu irrégulièrement, avec des douleurs assez vives précédant et accompagnant les règles. A eu un enfant (accouchement nor-

mal) il y a six ans, et depuis souffre à gauche. Ces douleurs se sont brusquement accrues il y a quatre mois, au moment des règles qui furent très abondantes, et ont persisté très tenaces, toujours à gauche.

A l'entrée, le 9 janvier 1930, douleurs vives dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant dans la cuisse, exacerbées par la pression. Le toucher révèle uniquement un ovaire un peu gros, extraordinairement douloureux.

INTERVENTION le 13 janvier 1930. Pfannenstiel. L'ovaire gauche est le siège d'un nodule d'une grosseur d'une noix, ayant l'aspect d'un corps jaune très augmenté de volume. Les annexes droites sont saines ; pas d'adhérence de pelvi-péritonite ; utérus un peu gros et congestif. On pratique une castration gauche.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (D^r Martin). Il s'agit d'un kyste lutéinique, la paroi étant formée par une épaisse couche de cellules de corps jaune avec leurs divisions classiques.

Suites opératoires simples, la malade quitte le service, ne souffrant plus.

OBSERVATION XV

Syndrome douloureux par kyste lutéinique de l'ovaire droit. Castration droite. Dégénérescence kystique de l'ovaire restant. Hystérectomie subtotale. Troubles de ménopause chirurgicale précoce.

Mme M... P..., 25 ans, entre dans le service pour douleurs pelviennes, réglée à 12 ans, normalement jusqu'à l'âge de 20 ans. A eu deux enfants. Depuis le dernier accouchement, les règles sont devenues irrég-

gulières et très douloureuses. Entre temps, pertes blanches et infection vaginale aiguë, avec urétrite. Depuis un an, les douleurs sont plus vives ; les poussées paroxystiques se font plus violentes depuis deux mois, prédominantes à droite.

INTERVENTION le 30 juin 1925. Pfannenstiël. Castration droite pour kyste hématique de l'ovaire droit.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. La bordure du kyste est constituée par une couche de cellules lutéiniques, bien limitée en profondeur et au-dessous de laquelle on retrouve un tissu ovarien à vascularisation un peu exagérée.

En décembre 1925 : Les douleurs droites ont disparu, mais des douleurs pelviennes gauches, avec irradiations sciatiques sont apparues, continues, avec exacerbation par crises. Métrorragies. Grosse annexe gauche, au toucher.

INTERVENTION le 12 décembre 1925. Pfannenstiël itératif. L'ovaire gauche restant présente une dégénérescence kystique typique. L'utérus est pâle et métritique. Hystérectomie subtotale.

En juillet 1926 : Amélioration des douleurs. Signes de ménopause chirurgicale précoce. Opothérapie.

OBSERVATION XVI

Syndrome douloureux unilatéral droit. Volumineux kyste lutéinique. Castration droite. Disparition des douleurs.

Mme C..., 33 ans, réglée à 12 ans normalement, présente depuis quatre ans des crises douloureuses abdominales accompagnées de pertes blanches.

Ces douleurs, violentes, localisées à droite, sont exagérées par les mouvements.

Au toucher, utérus en antéflexion, on perçoit les deux masses annexielles.

Le 26 mars 1931, on pratique la castration de l'ovaire droit qui présente histologiquement un volumineux kyste lutéinique rempli de sang.

Depuis, les douleurs ont cessé.

OBSERVATION XVII

Syndrome douloureux gauche. Kyste lutéinique gauche. Rétroversion utérine. Ligamentopexie. Castration gauche.

Mme M..., 19 ans, réglée à 14 ans, vient consulter pour pertes et douleurs. Depuis un accouchement remontant à huit mois, les règles ont disparu ; d'autre part elle présente des pertes abondantes et purulentes et des douleurs dans le bas-ventre, irradiées dans la région lombaire.

A l'examen, le col est déchiré, à gauche annexe douloureuse et volumineuse.

La castration pratiquée le 26 juin 1931, accompagnée d'une ligamentopexie, provoque la disparition des symptômes.

Histologiquement il s'agissait d'un corps jaune volumineux.

OBSERVATION XVIII

Syndrome douloureux monovarien gauche. Kyste de l'ovaire gauche et kyste lutéinique. Castration gauche. Bons résultats.

Mme B..., 24 ans, réglée à 11 ans et demi, règles non douloureuses, présente depuis un accouchement remontant à cinq ans des douleurs dans le côté gauche et des troubles de la menstruation.

Actuellement ces douleurs sont unilatérales, continues avec paroxysmes au moment des règles, qui sont devenues très abondantes.

Au toucher, les culs-de-sac sont souples, les annexes très douloureuses.

La castration de l'ovaire gauche, le 16 juillet 1931, a amené la suppression des douleurs.

OBSERVATION XIX

Ovarite kystique gauche. Résection par voie vaginale d'un petit kyste du corps jaune de l'ovaire gauche. Récidive. Castration gauche. Disparition des douleurs.

Mme C..., 33 ans, réglée à 14 ans, présente il y a sept ans une fausse couche, depuis ses règles sont irrégulières, abondantes. Enfin, apparition de pertes blanches. Elle consulte surtout pour des douleurs qui, remontant à sa fausse couche, sont actuellement insupportables. Elles s'irradient vers la région lombaire et deviennent continues.

Au toucher : l'utérus est en antéversion, attiré vers la droite ; l'ovaire gauche en position haute est gros et douloureux.

INTERVENTION le 8 mai 1929 : la résection par voie vaginale du kyste donne de bons résultats.

Revue en juin 1929 : les douleurs ont disparu, cependant le toucher met en évidence une masse kystique gauche du volume d'une noix.

En octobre 1930, la malade revient dans le service pour des douleurs.

On pratique alors une castration gauche, et depuis la malade se maintient en excellent état.

La lecture de ces observations met en évidence les points suivants :

Du point de vue étiologique, nous relevons dans les antécédents une fausse couche ou un accouchement infecté dans 13 cas sur 19.

Le passé obstétrical de la malade présente donc un intérêt certain.

Les règles sont en général augmentées, quelquefois irrégulières. Cependant dans un cas (observation XVII) la malade fut sujette durant huit mois à de l'aménorrhée. Notons que ce fait cadre exactement avec les données physio-pathologiques citées dans un précédent chapitre.

Les douleurs sont constantes, irradiées souvent dans la région lombaire.

Ces observations ne laissent pas d'être critiquables : Pour la plupart, on trouverait mention d'un acte chirurgical en réalité complexe, n'ayant pas seulement

résidé dans l'ablation du kyste, mais le plus souvent suivie de résection ovarienne ou d'une opération complémentaire (ligamentopexie, appendicectomie, etc.) ; trois cas sont cependant absolument concluants dans lesquels l'extirpation du kyste seul fut pratiquée (observations IV, VII, XII).

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic comporte deux parties :

1° *S'agit-il d'une ovarialgie ?*

On retiendra le siège ovarien des douleurs, leur constance, leur fixité, leur exacerbation au toucher, enfin, l'absence de toute autre lésion susceptible d'expliquer l'existence du syndrome.

2° *Quelle est la nature de cette ovarialgie ?*

Il est relativement facile d'éliminer les névralgies des prolapsus de l'ovaire : on recherche sa présence dans le Douglas ou les gouttières latérales et la reposition amène dans ce cas une amélioration nette des douleurs.

Parmi les différentes lésions ovariennes susceptibles de réaliser la même symptomatologie : petits kystes hématiques, kystes folliculaires, poussées oedémateuses d'ovarites, la discrimination est très difficile, surtout du fait de la coexistence fréquente d'ovarite scléro-kystique. On peut seulement retenir en faveur des kystes lutéiniques la ténacité, la fixité des douleurs. Enfin les troubles menstruels n'ayant pas de signification précise, le diagnostic de kyste lutéinique sera

exceptionnellement posé ; toutefois on y songera avec plus de raison si le tableau clinique s'accompagne d'aménorrhée (observation XVII).

Les formes aiguës

Les formes aiguës sont beaucoup plus rares, elles réalisent un tableau clinique tel que le diagnostic de grossesse tubaire cataclysmique se trouve à coup sûr posé.

Une femme jeune, dont les règles sont depuis longtemps douloureuses et irrégulières, se plaint d'une douleur intense, aiguë, presque syncopale, accompagnée d'une forte perturbation de la dernière menstruation. Cette perturbation peut affecter deux types différents : soit un simple retard, soit une aménorrhée transitoire à laquelle succèdent des métrorragies importantes et persistantes.

On examine la malade : elle est angoissée, agitée. L'attention se porte immédiatement sur l'abdomen. Le ventre est dur, très sensible ; le toucher extrêmement douloureux du côté de l'ovaire atteint. Cette crise aiguë, unilatérale, chez une femme souffrant d'autre part d'un trouble des règles, fait songer à un accident de grossesse extra-utérine. Cependant le pouls est normal.

On recherche quelques signes frustes de gravidité : le col de cet utérus qui saigne est ramolli, les seins peuvent présenter quelques légères modifications. Cette dernière constatation emporte la conviction : il s'agit d'une grossesse tubaire, une intervention immédiate est décidée.

Nous apportons trois observations où des accidents aigus, douloureux et menstruels peuvent être attribués à un corps jaune pathologique. Dans ces trois cas, le corps jaune ne représentait pas à lui seul toute la lésion. Il semble toutefois peu logique d'attribuer ces phénomènes aux lésions coexistantes — petit foyer hémorragique, adénomyomes, appendice congestionné — la suppression du corps jaune ayant entraîné la disparition complète des douleurs.

OBSERVATION XX

Syndrome clinique de grossesse tubaire. Corps jaune hypertrophique avec un petit foyer hémorragique à son contact.

Mme Ve... Cl..., 26 ans, entre pour crise douloureuse aiguë de la fosse iliaque droite. Les règles, régulières, furent toujours douloureuses et abondantes. A eu deux accouchements, le premier avec une application de forceps. L'affection actuelle remonte au 25 décembre 1925 ; à cette date, la malade a eu ses règles, mais au bout de huit jours, les pertes rouges, abondantes, persistèrent jusqu'au 10 février 1926, sans arrêter la malade dans son travail. Le 25 février, règles normales ; en mars, les règles furent à peine marquées, puis quelques douleurs apparaissent. Le 1^{er} avril la malade fut prise brusquement, au cours de son travail, d'une douleur subite, intense, localisée dans la fosse iliaque droite, augmentant de plus en plus, et qui la conduisit à l'hôpital.

A l'examen, malade un peu affaiblie et amaigrie ; ventre souple ; douleur exquise dans la fosse iliaque

droite. Au toucher, utérus un peu gros, et masse annexielle droite accolée à sa corne. On pense à des accidents de grossesse tubaire.

INTERVENTION le 7 avril 1926. Pfannenstiel. Il semble s'agir d'une latéro-version d'un utérus gravide qui se redresse à la position de Trendelenburg. L'ovaire droit est recouvert par l'épiploon infiltré de sang: après libération, on découvre un foyer hémorragique au contact d'un corps jaune volumineux, fissuré. Un point de suture.

Suites simples. On place un pessaire pour maintenir l'utérus qui tend à tomber en rétroversion.

En juillet 1926. Les règles sont normales depuis l'intervention. Ablation du pessaire. Utérus en légère rétroversion.

OBSERVATION XXI

Syndrome clinique de grossesse tubaire, par kyste lutéinique de l'ovaire gauche. Enucléation de petits myomes sous-péritonéaux. Résection d'adénomyomes des cornes utérines. Résection de kyste lutéinique de l'ovaire.

Mlle P... A..., 37 ans, entre pour crise douloureuse aiguë de la fosse iliaque gauche. Régulée à 14 ans, de façon irrégulière et sans douleur. Une fausse couche à l'âge de 17 ans ?, une crise de salpingite à 18 ans, traitée médicalement. Bonne santé habituelle. Les dernières règles, en février, sont survenues à leur date normale, mais furent à peine marquées, pendant un

jour. Quinze jours après, la malade fut prise de douleurs iliaques gauches, presque continues, avec quelques paroxysmes. Les règles d'avril ne sont pas venues. Depuis trois jours, douleurs syncopales.

A l'entrée, femme bien colorée ; pas de signes sympathiques de gravidité. La paroi, très grasse, rend l'examen difficile : au toucher, l'utérus, un peu gros, est dévié à droite par une masse annexielle gauche, peu volumineuse. L'apparition de ces crises pelviennes douloureuses coïncidant avec la perturbation des règles, fait songer à une grossesse tubaire en voie de fissuration.

INTERVENTION le 30 avril 1929. Pfannenstiel. On découvre un utérus polyfibromateux avec des myomes sous-péritonéaux du fond ; des adénomyomes bilatéraux des cornes ; un ovaire gauche volumineux et kystique. On pratique l'énucléation de quatre petits myomes, une résection des adénomyomes des cornes et une résection du kyste lutéinique de l'ovaire gauche. Fermeture. Mèche rétro-utérine et colpotomie terminale.

Suites simples. Suppression des accidents douloureux.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : Il s'agit d'un kyste fait de cellules lutéiniques, et dont le centre est occupé par du sang extravasé. L'adénomyome est de constitution classique.

OBSERVATION XXII

Syndrome de fissuration de grossesse tubaire. Kyste lutéinique de l'ovaire droit ; salpingite légère ; réaction appendiculaire. Castration droite, appendicectomy. Disparition des douleurs.

Mme A... C..., 26 ans, vient pour douleurs pelviennes ayant débuté brusquement il y a quelques jours. Réglée toujours régulièrement et sans douleurs. A eu deux enfants. En octobre dernier, il y a deux mois, arrêt des règles ; en novembre, aurait fait une chute à la suite de laquelle elle aurait eu une hémorragie assez forte (fausse couche ?). Se plaint depuis de douleurs pelviennes variables. Brusquement, il y a deux jours, la malade a ressenti des douleurs très vives (déterminant des petites syncopes), siégeant dans le pelvis et la fosse iliaque droite. Quelques signes sympathiques de gravidité ?

Le 12 décembre 1928, à l'entrée, malade un peu angoissée, agitée. Pouls et température normaux. Au toucher, utérus petit, dévié à gauche par une masse floue, annexielle droite. Dans la nuit et le lendemain, les douleurs, violentes, ont persisté, à peine calmées par la morphine. Le diagnostic de grossesse tubaire droite en voie de fissuration est posé.

INTERVENTION le 13 décembre 1928. Pfannenstiël. Pas de sang dans le pelvis. Ovaire droit volumineux, renfermant un kyste lutéinique du volume d'une noix et légèrement fissuré. Salpingite nodulaire. Castration

droite. Appendice un peu congestionné avec cæcum énorme et gargouillant. Appendicectomie.

Suites opératoires troublées d'abord par des complications pulmonaires alarmantes. Part guérie, ne souffrant plus.

Cas d'interprétation difficile ; les accidents aigus doivent plutôt être rattachés à un syndrome ovarien, étant donné la perturbation menstruelle.

Le 14 avril 1930. Suppression complète des douleurs depuis l'intervention. Hypoménorrhée et obésité, par insuffisance ovarienne. Rien à noter au toucher. Traitement opothérapique.

La surprise au cours des interventions fut complète: dans un cas (observation XX), le corps jaune fissuré avait provoqué un foyer hémorragique qui était venu coiffer l'épiploon. Dans l'autre (observation XXI), on songea à un syndrome aigu de kyste du corps jaune : de petits noyaux fibreux ou d'adénomyomes des cornes utérines ne déterminent jamais une crise aussi violente. Enfin, dans l'observation XXII, la réaction appendiculaire n'était pas assez intense pour affirmer qu'elle fût à l'origine des accidents.

Comment peut-on expliquer l'aménorrhée ?

Nous avons vu précédemment que l'hormone du corps jaune — la lutine — provoque un état pseudo-gravide de la muqueuse utérine et empêche la menstruation. Mais le corps jaune n'a qu'une vie limitée et seule la fécondation de l'ovule peut prolonger son existence.

Pour R. MEYER, l'évolution anormale du corps jaune serait liée à un trouble de fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse dont les hormones influenceraient non seulement la maturation des follicules mais encore leur lutéinisation.

Rappelons la publication déjà citée de M. CORTE, chez qui trois malades avaient présenté un syndrome de grossesse tubaire, laquelle s'était révélée à l'intervention autant de fois un kyste du corps jaune.

Leur symptomatologie rappelle celle que nous décrivons à propos des formes aiguës.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic présente de grosses difficultés. Devant un syndrome aigu douloureux à début très brusque, chez une femme ayant eu un arrêt de règles plus ou moins net, suivi de métrorragies, sans lésions caractéristiques au toucher, il est évident que le diagnostic de grossesse tubaire fissurée ou rompue s'impose. L'absence de modification du pouls, du facies, l'existence d'antécédents d'ovarite scléro-kystique peuvent faire songer à un corps jaune pathologique. Nous estimons qu'il serait imprudent d'éliminer dans ces conditions le diagnostic de grossesse tubaire.

Les formes frustes

Nous citons, sans apporter d'observation à l'appui, l'histoire de deux ou trois malades qui présentèrent brusquement une crise aiguë survenue après un retard de règles de quelques jours. On pensa à une torsion ovarienne, à une colique appendiculaire, mais les acci-

dents cessèrent rapidement. L'intervention ne fut pas pratiquée. Il ne fut donc pas possible de vérifier si ces accidents étaient liés, comme nous le croyons, à une perturbation du corps jaune.

En résumé, ces trois syndromes ne présentent pas d'individualité clinique suffisante pour permettre un diagnostic précis : les troubles menstruels peuvent être de deux ordres, soit hémorragiques, soit aménorrhéiques. Les douleurs elles-mêmes, plus ou moins vives, ne sont pas caractéristiques. Cependant, dans quelques cas, on soupçonnera l'existence possible d'un kyste lutéinique du corps jaune, en présence d'une névralgie monovarienne avec troubles de règles, chaque fois qu'on aura pu éliminer les autres lésions susceptibles de donner ce tableau clinique.

B. — THERAPEUTIQUE.

1° La thérapeutique est, soit médicale, soit chirurgicale.

a) Traitement médical :

Il comporte des indications générales : le repos, les sédatifs habituels (chloral, laudanum, etc.) ; localement : injections chaudes, petits lavements froids, etc.

Son efficacité est médiocre, son action transitoire.

b) Traitement chirurgical :

L'intervention dispose de deux voies :

La voie basse, vaginale, plus aisée et rapide si les ovaires sont prolabés et mobiles ;

La voie abdominale est plus logique car elle permet une exploration complète du pelvis ; elle reste le procédé de choix si le diagnostic est douteux.

L'ovaire mis à nu, on peut le traiter :

Soit par une opération conservatrice : énucléation du kyste ou résection partielle de la glande ;

Soit par une opération radicale : castration unilatérale ;

Si besoin est, on pratique les opérations complémentaires sur les lésions concomitantes : appendicite, rétroversion utérine, etc.

2° *Indications respectives :*

Dans les formes subaiguës, le traitement médical convient dans les premières semaines. Il a l'avantage de faire patienter la malade et ce ne sera qu'au bout de trois à quatre mois, lorsque la chronicité s'imposera, qu'on songera à une opération.

On a donc recours à l'intervention :

a) En cas d'échec des moyens médicaux ;

b) Lorsque le chirurgien, ayant la main forcée par la gravité des symptômes, redoutera un accident cataclysmique (grossesse tubaire).

D'ailleurs, l'intervention se justifie par sa bénignité et par les bons résultats obtenus, la disparition des douleurs étant de règle.

3° *Choix du procédé opératoire :*

On utilise la voie basse, en présence d'un ovaire prolabé et mobile. Elle ne s'applique qu'à ce cas et interdit toute exploration méthodique.

Sinon on s'adresse à la voie haute qui, donnant plus de jour, permet la mise en évidence de toutes les lé-

sions existantes et leur traitement. On s'attache à pratiquer une opération aussi conservatrice que possible. Cependant, en face d'autres lésions (dégénérescence scléro-kystique), il est préférable de sacrifier l'ovaire. On évitera à la malade les aléas possibles d'une deuxième intervention (observation XV, XIX).

4° Résultats :

Nous ne parlerons pas des résultats du traitement médical, puisque le diagnostic se fait en général à l'intervention. Peut-être existe-t-il des cas où une névralgie ovarienne accompagnée de perturbation menstruelle, traitée médicalement, aurait rétrocedé. Cependant, dans les cas typiques que nous avons relatés, il semble que le traitement médical n'ait pas eu de résultats appréciables.

Par contre, le traitement chirurgical, aux suites simples, assure la disparition rapide des douleurs. Toutes les malades accusent une sensation de bien-être et de repos non ressentie depuis longtemps. La guérison se confirme généralement, en faisant toutefois des réserves, si, en présence d'un fonds d'ovarite scléro-kystique, l'ovariectomie n'a pas été pratiquée.

En somme, devant un syndrome très douloureux de l'ovaire se prolongeant depuis plusieurs mois, malgré l'absence de lésions perceptibles au toucher, il semble qu'à l'heure actuelle le traitement chirurgical doive être préféré. Il autorise les laparotomies exploratrices, et le plus souvent l'intervention trouve sa justification dans ses résultats.

Conclusions

I. — Le corps jaune, par ses cellules lutéiniques, a une action certaine sur l'ovulation et la menstruation.

II. — Au niveau du corps jaune, peuvent se développer des formations anormales, principalement des kystes. Ils sont très probablement liés à la môle hydatiforme, au chorio-épithéliome, à la grossesse tubaire et aux troubles menstruels (surtout l'aménorrhée).

Tous ces kystes du corps jaune n'ont pas nécessairement une traduction clinique.

III. — Certains kystes du corps jaune peuvent également entraîner des syndromes douloureux de l'ovaire avec ou sans troubles menstruels.

IV. — Ces névralgies ovariennes par kystes du corps jaune revêtent trois aspects cliniques :

a) la forme subaiguë réalise la névralgie monovarienne suffisamment intense pour nécessiter parfois une intervention chirurgicale ;

b) la forme aiguë jointe à des retards de règles en impose pour une grossesse tubaire ;

c) la forme fruste, dont le caractère passager n'entraîne pas de sanction chirurgicale.

V. — L'intervention s'impose parfois :

a) comme laparotomie exploratrice, le diagnostic de grossesse tubaire ayant été posé ;

b) contre l'élément douloureux persistant.

Elle consiste en une opération conservatrice: énucléation ou résection simple, en cas de kyste lutéinique constituant nettement la seule lésion appréciable de la glande.

L'ovariectomie serait préférable si le kyste lutéinique coexiste avec une dégénérescence scléro-kystique.

Les résultats sont satisfaisants: l'intervention supprime les douleurs.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 24 Octobre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

1° ANATOMIE

- FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*.
KELLER. — Etude sur les kystes du corps jaune.
Gynéco et Obstétrique, 1922, I.
KYUSAKU OGINO. — Etude histologique du corps jaune.
Japan Medical World, juin 1928.
NOVAK et TELINDE. — Anatomie pathologique du corps
jaune. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*,
1923.
POLICARD. — *Précis d'histophysiologie*.

2° PHYSIOLOGIE

- ANCEL et BOUIN. — A propos de l'action biologique du
corps jaune. *La Gynécologie*, 1925-1926.
BOUIN. — Les notions nouvelles sur l'histophysiologie
de l'ovaire en dehors de la gestation. *Presse
Médicale*, juin 1925.
COTTE (G.). — Sur les rapports du corps jaune et de
la menstruation. *Gynéco et Obstétrique*, 1923,
VII.
— *Troubles fonctionnels de l'appareil génital
de la femme*.

COURRIER. — Le cycle sexuel chez la femelle des mammifères. Etude de la phase folliculaire. *Archives de biologie*, 1924, XXXIV.

— Les hormones ovariennes. *Revue d'endocrinologie*, avril 1925.

GERLINGER. — Le cycle sexuel chez la femelle des mammifères. Recherche sur la chienne. *Thèse de Strasbourg*, 1925.

LOEB. — Corpus Luteum and Maturation of follicles. *Zent of Physio*, 1911, XXV.

MIYAGAWA (Y.) et SAÏTO (K.). — Signification biologique du corps jaune de l'ovaire. *Japan Medical World*, 25 avril 1929.

MULON. — Essai critique sur le rôle physiologique du corps jaune. *Thèse de Paris*, 1916-1917.

POLICARD. — *Précis d'histophysiologie*.

PRENANT. — De la valeur morphologique du corps jaune, etc. *Revue générale des Sciences naturelles et appliquées*, 1898.

SCHICKELÉ. — Action biologique du corps jaune et de la glande interstitielle de l'ovaire. *Gynéco et Obstétrique*, 1925, II.

SERDUKOFF. — Ressemblance au point de vue morphologique et sécrétion interne du corps jaune et de la glande interstitielle, etc. *Vratchebenoe Obezrence*, n° 6, 1925.

SPACK. — Le cycle oestrien dans l'oviducte de la truie. *C. R. Société de biologie*, février 1923.

STOCKARD et PAPANICOLAOU. — The existence of a typical oestroun cycle in the guinea pig, with a study of its histological and physiological changes. *Amer. J. of Anatomy*, 1917, XXII.

- VILLEMEN. — Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire. *Thèse de Lyon*, 1907.
- WATRIN. — Etude histochimique et biologique du corps jaune de la femme. *Thèse de Liège*, 1924.

3° PATHOLOGIE

- BARTHÉLEMY. — Kyste hémorragique du corps jaune. *Société de Gyn. et d'Obst. de Paris*, 1925, XIV.
- COTTE. — Kyste du corps jaune et aménorrhée. *Lyon Chirurgical*, 1930.
- Kyste du corps jaune et grossesse. *Lyon Chirurgical*, 1930.
- Les ovulations douloureuses. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1931.
- CROUSSE. — Kyste du corps jaune. Rupture en cours d'examen, etc. *Annales de l'Institut chirurg. de Bruxelles*, 1924, XXV.
- DANIELS. — Les petits kystes nucléiniques de l'ovaire. *La Gynéco.*, 1905.
- DOLGOPOL (V.-B.). — Corps jaune ectopique. *American Journal of Obst. and Gyn.*, août 1928.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie*.
- FOURNIER. — Kyste de l'ovaire d'origine lutéinique, ablation, etc. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1923, XII.
- FRUHSCHOLZ. — Môle hydatiforme et kyste lutéinique. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, XIII.

- FRUINSHOLZ et MICHEL. — La triade môle, chorioépithéliome et kystes lutéiniques. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1923, XII.
- HEULLY. — Hémorragie dans un kyste inclus de l'ovaire. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1925, XIV.
- HITZANIDÈS. — Rupture d'un kyste du corps jaune simulant une grossesse extra-utérine. *Bullet. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1925, XIV.
- KELLER. — Les kystes du corps jaune et leur importance clinique. *Gyn. et Obst.*, 1925, II.
- LAFLOTTE. — Kystes lutéiniques. Môle hydatiforme et chorio-épithéliome. *Thèse de Nancy*, 1924.
- MATHÈS (P.). — A propos de la pathologie du corps jaune. *Archives für Gynäk.*, septembre 1923.
- MOLIN, CONDAMIN et JAMIN. — Kystes du corps jaune et les syndromes douloureux aigus de l'ovaire. *Lyon Médical*, 1930, I.
- PAUCOT. — Môle et kyste lutéinique. *Bulletin de la Société de Gyn. et Obst.*, 1923.
- SCHICKELÉ. — Le corps jaune peut-il être la source d'une hémorragie intrapéritonéale abondante? *Gyn. et Obst.*, 1924, I.
- SHAW (W.) — Quelques formes pathologiques du corps jaune. *La Gynéco.*, 1927.
- SOÏMARU. — Rupture intrapéritonéale de kyste lutéinique. *Bulletin de la Société de Gyn. et Obst.*, 1925, XIV.
- VOGT. — Pathogénie des kystes du corps jaune. *Zentral für Gynäk.*, 1923, n° 43.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Le corps jaune	11
Kystes lutéiniques	15
Névralgies ovariennes par kystes lutéiniques	19
Conclusions	47
Bibliographie	49



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



